

ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Л.А. Абрамова

Республиканская клиническая больница, Йошкар-Ола

E-mail: hosp_vv@mari-el.ru

Представлена клиническая технология динамического контроля кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта.

Ключевые слова: диагностика кровотечения, динамический контроль, карта кровотечения.



Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) может возникнуть у больного на улице, на работе, в стационаре, в том числе и при обследовании и лечении. ЖКК – следствие прогрессирования заболевания и неадекватного лечения (Васильев Ю.В., 2002).

В структуре источников ЖКК 90% приходится на долю верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – табл. 1.

Таблица 1

Частота (в %) разных источников кровотечения в ЖКТ

Источник	В.П. Петров и соавт., 1987	Н.Н. Крылов, 2001
Пищевод	4,7	4–5
Желудок	51,8	50–55
Двенадцатиперстная кишка	27	25–30
Тонкая кишка	0,2	0,1–0,3
Ободочная кишка	5,6	5,8
Прямая кишка	5,4	4,6
Не обнаружен	5,4	1–3

Кровотечение – одно из самых тяжелых осложнений различных заболеваний и повреждений. Реакция организма на любую кровопотерю всегда однотипна, будь то ЖКК, акушерское кровотечение или кровотечение, возникающее при ранении сосуда [6].

С момента поступления крови в пищеварительный тракт или в другие полости организма кровотечение начинает проявляться всеми возможными или отдельными общими признаками кровопотери: обмороком, потерей сознания, шумом в ушах, головокружением, слабостью, холодным потом, учащением пульса, падением артериального давления; в то же время при ЖКК тахикардии может не быть [2].

При подозрении на ЖКК из верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), по опубликованным данным, в 45–80% случаев подтверждается клинический диагноз: эрозивно-язвенное гастродуоденальное кровотечение (Radcliff, Oxford, 1953–1967 гг., 2148 больных; Erlangen, G.F.R., Dep. Med., 1980 г.; 1319 больных [8]; 3934 больных; [12]; [5]; [7]; данные автора 1996–1998 гг., 2001–2003 гг., 472 больных).

Тезисы о сложности задачи ранней диагностики кровотечений, о большом риске всякого выжидания при кровотечении, о важности динамического контроля кровотечения после установления источника выдвинуты в работе А.П. Беспалова о язвенных кровотечениях (1990).

С момента манифестации неотложного состояния до установления верифицированного клинического диагноза ЖКК из ВОПТ начинается особый период, когда реакция организма на кровопотерю не прекращается, картина развития симптомов имеет важное клинико-диагностическое и прогностическое значение, а единственным доступным способом диагностики становится непрерывное динамическое наблюдение до лабораторного определения степени тяжести кровопотери и до эндоскопического определения источника.

В связи с однотипностью реакций организма на кровопотерю до установления степени тяжести с помощью лабораторных и эндоскопических методов (в частности, ЖКК из ВОПТ) следует обратить вни-

мание на обычные критерии, определяемые при осмотре больного.

При язвенном кровотечении ими являются:

- систолическое артериальное давление (САД) < 100 мм рт. ст. у пациентов до 60 лет и < 120 мм рт. ст. у лиц старше 60 лет;
- выраженная брадикардия или частота сердечных сокращений – ЧСС >120 в минуту;
- нарушения сознания;
- хронические заболевания печени, сердца, почек и др. (Ramgакba P. и соавт., 1997);
- возраст старше 60 лет;
- гематемезис+мелена или коллапоидное состояние, потеря сознания;
- САД < 100 мм рт. ст. и тахикардия > 90 в минуту (обратить внимание на падение АД и/или существенное изменение ЧСС в ортостатическом состоянии – например, при переходе из горизонтального в вертикальное положение).

Молодые больные, не имеющие сопутствующих заболеваний, а также пациенты, у которых кровотечение было спровоцировано приемом алкоголя, имеют лучший прогноз [3].

По соотношению пульса и САД рассчитывается шоковый индекс – ШИ [4, 12] методом Алговера, позволяющий (cito!) получить ориентировочное представление о тяжести кровопотери и дефиците объема циркулирующей крови (ОЦК) до лабораторного определения:

Ps /АД=ШИ	Более 0,5	До 1,0	До 1,5	До 2,0
% дефицита ОЦК	15	30	40	70

Следует отметить, что при определении ОЦК решающее значение [4] придается наиболее достоверной методике определения глобулярного объема эритроцитов (Горбашко А.И., 1974), которая не распространена в обычной медицинской практике.

Для суждения о предположительной длительности периода до установления тяжести кровопотери и определения источника кровотечения обобщены опубликованные эмпирические данные различных исследований с акцентом на почасовые сроки:

- при определении ОЦК на применение наиболее достоверной методики оценки глобулярного объема эритроцитов уходит до 2 ч и более (Горбашко А.И., 1974), [4];
- период падения САД < 80 мм рт. ст. при острой кровопотере не должен быть продолжительным, поскольку уже через 12 ч развивается необратимый геморрагический шок [6];
- спонтанная остановка кровотечения, как правило, происходит в течение 12 ч [9];

- поступление больных с эндоскопическими признаками не продолжающегося кровотечения (оценка по данным ЭГДС степени активности по Fogres);
- в зависимости от темпа и объема кровотечения скрытый период наиболее трудный для диагностики – колеблется от нескольких минут до 1 сут [4];
- в 1-е сутки от начала кровотечения из-за различных патологических сдвигов врач не может видеть истинных объемов кровопотери, особенно при относительно удовлетворительном состоянии больного с остановившимся кровотечением (Вачев А.Н. и соавт., 2006);
- оперативное вмешательство – после поступления больного с высоким риском рецидива кровотечения, как правило, в течение 12–24 ч (Панцырев Ю.М., 2003);
- операция в случае прогнозируемого рецидива язвенного кровотечения в сроки 12–36 ч [5];
- частота не установленной причины кровотечения возрастала в 5 раз при выполнении эндоскопического обследования – позже 24 ч [8];
- определенную прогностическую ценность имеет язвенный анамнез (Оноприев В.И., 2000);
- 75% больных поступают в стационар в течение 6–72 ч с момента манифестации ЯГДК;
- пациенты с умеренным и тяжелым кровотечением из верхних отделов ЖКТ должны быть помещены в отделение интенсивной терапии, пациенты с легким кровотечением могут быть помещены в обычную палату [9].

Ретроспективно проанализирована группа из 26 пациентов с момента осмотра по поводу неотложного состояния и(или) ухудшения здоровья до реализации решения о госпитализации. В нее вошли 20 мужчин от 17 до 70 лет и 6 женщин в возрасте от 14 до 41 года. У пациентов дома или в период амбулаторного, стационарного лечения либо после лечения возникли слабость, головокружение, обморочное состояние или потеря сознания с реакцией гемодинамических показателей (пульс, ЧСС, АД); в части случаев определялись кардиальные признаки ЯГДК на фоне факторов риска и их сочетаний, в том числе язвенного анамнеза (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что риск возникновения неотложного состояния примерно одинаков в любых условиях, однако, судя по нашим данным (46,15% случаев – быстрое лабораторное подтверждение кровопотери; 50,38% случаев – госпитализация в течение 12 ч, в то время как 65,38% пациентов до этого наблюдались по какой-то причине врачами нехирургических специальностей), задачи ранней диагно-

Таблица 2

Характеристика больных

Характеристика	Больные (n=26)
Неотложное состояние возникло в бытовой ситуации, в том числе при амбулаторном лечении или после стационара	20 (76,9%) (14\6)
Признаки неотложного состояния возникли в стационаре	6 (23,%)
Сочетание факторов риска ЖКК из ВОПТ, в том числе факторов риска ЯГДК на фоне язвенной болезни	22\12 (84,6\46,15%)
Была возможность определить лабораторные показатели (Hb, эр., Ht) в процессе диагностического поиска в течение 1 ч с момента манифестации	12 (46,1%)
Госпитализированы и(или) переведены в профильное отделение в течение 12 ч с момента манифестации	14 (50,4%)
Находились под наблюдением (стационарном или амбулаторном) врачей нехирургических специальностей до манифестации	17 (65,4%)
Предположительно нуждались в подготовке к экстренному переливанию крови до определения лабораторных показателей (ШИ – 1,4–1,7)	4 (15,4%)
Имели клинический диагноз ЯГДК после установления источника кровотечения и лечения неотложного состояния и(или) ухудшения здоровья	17 (65,4%)
Имели другие основные диагнозы после лечения неотложного состояния (в том числе, гемартроз, прободная язва, синдром Мэллори-Вейса, рак желудка)	6 (23,1%)

стики, снижения большого риска выжидания до определения тяжести кровопотери, в том числе риска развития геморрагического шока, задача установления источника кровотечения – действительно одинаково сложны в любых условиях.

Что касается неотложных состояний, то в общем справедливо замечено: предлагаемые для улучшения качества их диагностики таблицы и алгоритмы не адаптированы к минимуму диагностических возможностей, не учитывают динамичность клинических проявлений и необходимость проведения лечения в процессе диагностики (Салихов И.Г. и соавт., 1989).

Для стандартизации условий, регистрации параметров наблюдения и значимых почасовых интервалов необходимо заполнение единообразной формы, приемлемой для учета динамичности клинических проявлений при минимуме диагностических возможностей. Зарубежные специалисты предлагают вести в этих целях Карту кровотечения [9].

В отечественном здравоохранении используется форма медицинской документации, которую требуется лишь адаптировать к этим целям:

Форма №0041у медицинской документации, утвержденная МЗ СССР 04.10.80 №1030 – Температурный лист	Вариант адаптации формы №1030 под Карту кровотечения из ВОПТ(ЯГДК) с учетом стандарта по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи (2006)
ФИО больного	ФИО, возраст
Дата	Дата
Дата болезни	День (час, минуты) болезни
День пребывания в стационаре	День пребывания на лечении (стац., амб., сан.-кур.)
П АД Т°	П АД Т° ШИ Фамотидин – 20 мг внутривенно струйно, время введения
Вес	Вес
Дыхание	Общее состояние
Выпито жидкости	Выпито жидкости
Суточное количество мочи	Суточное количество мочи
Стул	Стул (мелена)
Педикулез	
Ванна	
Смена белья	

При возникновении неотложного состояния, требующего диагностического поиска источника внутреннего кровотечения, в частности ЖКК из ВОПТ, ведение такой карты может начинаться с фельдшерско-акушерского пункта, скорой помощи и заканчиваться хирургическим и(или) реанимационным отделением стационара. В таком же или обратном порядке форма может следовать за больным для обеспечения преемственности прогностического динамического контроля неотложного состояния.

Таким образом, клиническая технология динамического контроля, основанная на составляющих осмотра больного и их регистрации в Карте кровотечения с момента манифестации неотложного состояния, в частности кровотечения из ВОПТ, с учетом почасовых интервалов, представляется безусловно существенной для решения сложной задачи ранней дифференциальной диагностики и снижения риска выжидания до установления диагноза в клинике.

Литература

1. Большая медицинская энциклопедия /Под ред. А.Н. Бакулева. – Осмотр больного. Язвенная болезнь. – М.: БМЭ. – 1964. – Т. 22. – С.206; Т. 35. – С.1059.
2. Воробьев А.И. Острая массивная кровопотеря // Врач. – 2003; 2: 3.
3. Григорьев П.Я., Щеголев А.А., Крапивин Б.В. и др. Профилактика рецидивов кровотечений при эрозивно-язвенных поражениях из верхних отделов пищевари-

тельного тракта: Методические указания. – ГМЦ МЗ РФ РГМУ МЗ РФ, 2002. – 8 с.

4. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А. и др. Неотложная гастроэнтерология. – СПб.: Питер, 1997. – С.139–166.

5. Крылов Н.Н. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение // РЖГГК. – 2001; 2 (XI): 76–87.

6. Кузнецов Н.А. Современные технологии лечения острой кровопотери // Consilium medicum. – 2003; 5 (6): 347–351.

7. Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г.А. и др. Острые желудочно-кишечные кровотечения // Лечащий врач. – 2003; 5: 18–22.

8. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечение при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.

9. Питер Р. МакНелли, John Schaefer, M.D. Секреты гастроэнтерологии. – М.: БИНОМ, 1999. – С.507–517.

10. Сборник научных трудов. 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, ЦРКБ МЗ РСФСР. – М., 1990. – С.139–143.

11. Сборник научно-практических работ по актуальным вопросам гастроэнтерологии из клинического опыта гастроэнтерологического отделения Республиканской клинической больницы. – Йошкар-Ола, 2010. – 86 с.

12. Шептулин А.А. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Росс. мед. журн. – 1999; 1(1): 9–12.

DYNAMIC MONITORING OF BLEEDING FROM THE UPPER DIGESTIVE TRACT UNTIL THE DIAGNOSIS IS ESTABLISHED IN A CLINICAL SETTING

L.A. Abramova

Republican Clinical Hospital, Yoshkar-Ola

E-mail: hosp_vv@mari-el.ru

The paper provides the clinical technology for dynamic up monitoring of bleeding from the upper digestive tract.

Key words: diagnosis of bleeding; dynamic monitoring; bleeding chart.